

Opća bolnica Pula
Djelatnost za radiologiju

Upitnik za bolesnika za primjenu intravenskih kontrastnih sredstava

Ime i prezime: _____

Datum rođenja ____ . ____ . ____

Umoljavate se da odgovorite na slijedeća pitanja (zaokružite odgovor)

1. Jeste li već primili kontrastno sredstvo kroz venu za prethodnu rdg pretragu kao npr. IVU ili CT? Da Ne
2. Ako da, jeste li imali kakvih problema? Da Ne
3. Jeste li alergični na lijekove, boje ili hranu (uključujući školjke ili jod) ? Da Ne

Ako da, napišite _____

4. Imate li:
- | | | | | | |
|---------------------------|----|----|----------------|----|----|
| Astmu ili smetnje disanja | Da | Ne | Dijabetes | Da | Ne |
| Srčane smetnje | Da | Ne | Bolest bubrega | Da | Ne |
| Multipli mijelom | Da | Ne | Anemiju | Da | Ne |
| Bolest štitnjače | Da | Ne | | | |

Ako imate, napišite lijekove koje uzimate za tu bolest:

5. Upišite DA u prazan prostor na početku izjave:

_____, primio sam i pročitao Uputu za bolesnike za primjenu intravenskih kontrastnih sredstava.

Datum

Vrijeme

Potpis bolesnika